

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT MASTECTOMIA RADICAL

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
és necessari/convenient en la meua situació sotmetre'm a una mastectomia radical.

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

La mastectomia radical consisteix en l'extirpació total de la glàndula mamària, la pell que la recobreix, la fàscia pectoral subjacent i els ganglis limfàtics axil·lars.
Tot el material extirpat en l'operació serà enviat per a estudi histològic.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS (POSSIBLES PERÒ NO FREQUËNTS)

- Hemorràgia intraoperatoria. (En alguns casos es pot necessitar transfusió sanguínia durant la intervenció o després; en casos molt rars, poden produir-se lesions de la vena axil·lar que podrien necessitar tractament vascular complex.)
- Hematomes postoperatoris (acumulació de sang en la zona operada). De vegades s'han d'evacuar.
- Limfocele postoperatori (acumulació de líquid serós generalment a l'aixella per la interrupció del drenatge limfàtic, per l'extracció dels vasos i ganglis limfàtics axil·lars) i que pot ser necessari buidar per punció i aspiració.
- Limfedema del braç del costat de l'operació (és la complicació més freqüent). Inflor del braç, per la mateixa causa anterior.
- Infeccions postoperatories (que de vegades requereixen drenatge i tractament antibiòtic).

- Enduriments i problemes de la cicatriu.
- Limitació de la mobilitat de l'espatlla (generalment es comença un programa precoç de rehabilitació).

ALTRES PROCEDIMENTS ALTERNATIUS I RISCOS

Actualment existeixen quatre formes de tractament usades en càncer de mama: cirurgia, radioteràpia, quimioteràpia i hormonoteràpia.

El Servei d'Anestesiologia informará el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui realitzada la intervenció de mastectomia radical.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una, que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....